

〔令和6年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

令和7年1月23日 開催

【令和6年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔南多摩〕

令和7年1月23日 開催

1. 開 会

○立澤課長：それでは、令和6年度2回目となります東京都地域医療構想調整会議（南多摩）を開催させていただきます。

本日はお忙しい中参加をいただきまして誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、東京都保健医療局医療政策部で計画推進担当課長をしております立澤が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式での開催ですので、事前に送付しております「Web会議参加に当たっての注意点」をご一読いただき、ご参加をお願いいたします。

また、本日の配付資料はボリュームが多くて大変恐縮ですが、事前に送付しておりますので、ご準備をお願いできればと思っております。説明の際にも画面上で投影しますので、そちらを見ていただいても結構でございます。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

東京都医師会の土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆様、こんばんは。東京都医師会の土谷です。

昼間の業務のあとお集まりいただきありがとうございます。

年末年始はインフルエンザが猛威をふるっていましたが、ピークを過ぎて、少しは落ち着いたかなという状況ではないかと思っております。

本日の調整会議ですが、内容が多いので、ポイントを絞ってやっていただけたらと思っております。

1つは、報告事項の3つ目の「新たな地域医療構想について」です。

現行の地域医療構想は、ことしが目標年でしたが、それで終わりというわけではありません。また新たな地域医療構想が始まり、今度は2040年を目指してということになりますので、そのご案内があるということです。

もう1つは、議事の3つ目の「地域連携の推進に向けて」ということで、意見交換になります。

特に、この意見交換の中のキーワードは、「地区診断」ということです。2025年を越えて、人口が減っているところ、高齢者が増えるところなど、それぞれ変わっていくわけですが、都道府県はもちろん、地区ごとでも大きく変わっていきます。

自分たちの地区はどうなっていくかということで、「地区診断」という言葉をキーワードにして議論していただければと思っております。

どうぞよろしくお願いいたします。

○立澤課長：ありがとうございました。

続いて、東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井よりご挨拶を申し上げます。

○岩井部長：皆様、こんばんは。東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井でございます。皆様方には日頃から東京都の保健医療施策に多大なるご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の会議でございますが、土谷副会長からもお話がございましたように、このほど国の検討会を経て公表された新たな地域医療構想の取りまとめについてご報告をいたします。

また、主な議事としましては、紹介受診重点医療機関に関する協議のほか、第1回の調整会議でご案内した推進区域の対応方針案につきまして、そして、地域連携の推進に向けた「地区診断」に係る意見交換などを予定しております。

限られた時間ではございますが、忌憚のないご意見等を頂戴できればと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○立澤課長：ありがとうございました。

本会議の構成員ですが、お送りしている名簿をご参照いただければと思っております。なお、オブザーバーとして、地域医療構想アドバイザーの先生方にも会議にご出席をいただいておりますので、お知らせいたします。

また、会議に参加のご希望がありましたほかの区域の座長、副座長の先生方もWebでご参加をいただいておりますので、ご承知おきください。

本日の会議の取扱いについてですが、公開とさせていただきます。傍聴の方がWebでご参加されております。

また、会議録及び会議に係る資料については後日公開とさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

先生方、恐縮ではございますが、カメラをオンにしてご参加いただけますと、議論がより活発になるかと思っております。我々も会議が進めやすくなりますので、ぜひご協力いただければ幸いです。よろしくお願いいたします。

それでは、これ以降の進行を田村座長によりしくお願い申し上げます。

2. 報告事項

(1) 在宅療養ワーキンググループの開催について

○田村座長：座長の、多摩市医師会の田村です。

それでは、まず報告事項の1つ目について、東京都から報告事項(1)の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部の井床から説明させていただきます。

資料1-1をご覧ください。画面を共有いたします。

在宅療養ワーキンググループの開催についてです。こちらに今年度の地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループの開催概要をまとめております。

左側に各圏域の開催日、区中央部の11月22日から北多摩南部の1月24日までの実施を予定しており、これまでに11圏域分の議論が終了しております。

また、今年度の意見交換内容は右側に記載のとおりで、第1回の調整会議で意

見交換をいただきました複数疾患を有する高齢患者などの受入れ等に当たり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に関係者間で連携するか、現状の医療連携の際の連絡方法・手段について課題があるか、この2点について、在宅療養の場面に置き換えた内容にて意見交換をいただいております。

資料1-2-1をご覧ください。

こちらは、これまでに実施の圏域分の議論を踏まえたまとめ資料でございます。下段に意見をまとめておりまして、①については、相互の職種の理解が進めば、タスクシフト・シェアにつなげられる業務を相互に探ることができるのではないかと、人材不足の中で医療と介護がお互いにカバーできるところはカバーすることが求められる。

移動時間を短縮し、まとまった地域を効率的に巡回するシステムを構築していく必要。

在宅を担う医師以外の往診可能医師リストを作成し、横のつながりを構築することが必要、などの意見がございました。

②については、多職種連携に関して、連携の方法が定まっていない。MCSなどの利用について、個人情報や法人の兼ね合いで使いこなせていない部分があり、他事業所と連携が難しい一面がある。施設や職種により連絡方法が異なり、相手先によって変えていくのも大変、といった意見が上がっておりました。

このほかに、地域によって自区内在住の医師、介護職が少ないため、休日・夜間が手薄な状態となる。コミュニケーションを促進するICTツールの導入や、それを使いこなすリテラシーの向上が必要、といった意見も多くございました。

資料1-2-2をご覧ください。2枚目の上の左から2番目に南多摩の意見をまとめております。

多職種間の連携については、連携体制の中で、急変時の対応について事前に備えて、救急要請をできる限り減らすことが大事である、というご意見や、オンライン化と顔の見える関係の使い分けが重要である、といった意見がございました。

また、複数疾患を有する高齢者に対する医療連携の方法、手段につきましては、薬薬連携について、病院と調剤薬局の情報連携がアナログにとどまっている現状があり、マイナンバーの活用促進が期待される、というご意見や、使用している薬剤のタイムリーな情報共有や異なる医科の医師複数で診るため、かかりつけ薬

局が間に入り、情報の橋渡しができるよう取り組んでいるというお話がございました。

在宅療養ワーキンググループの報告は以上です。

○田村座長：ありがとうございました。

ただいまの内容についてご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。

（２）外来医療計画に関連する手続の提出状況について

○田村座長：特にないようでしたら、報告事項（２）に進みたいと思っております。

報告事項（２）の「外来医療計画に関連する手続の提出状況について」は、配付資料で代えるとのことです。

（３）新たな地域医療構想について

○田村座長：続きまして、報告事項（３）の説明をお願いいたします。

○井床課長代理：「新たな地域医療構想」について、資料３を用いてご説明をさせていただきます。

こちらは、国で３月から検討会を設置して議論が行われていましたが、１２月１８日に検討会の取りまとめが公表されており、国の資料を使って概要をご紹介します。

なお、この取りまとめでは、構想策定に関する具体的な内容の詳細は示されておらず、来年度、国が策定するガイドラインの中で明らかになっていく見込みです。

その上で、明確に方向性が示された点をご紹介しますと、まず、こちらの

ページ、下の枠、左側の（１）「基本的な考え方」の３ポツ目にあるとおり、新たな構想は医療計画の上位概念と位置づけるとのことです。

次に、（２）①「病床機能」報告は、今後も継続されますが、「回復期機能」については、「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」と位置づけるとのことです。

さらに②、新たに「医療機関機能報告」として、各医療機関が、構想区域ごとや広域的な観点で確保すべき機能などを報告する制度を設ける、とされております。

また、今後のスケジュールですが、次のページの中ほど、青いラインのところにあるとおり、２０２５（令和７）年度に国がガイドラインを策定し、８年度に都道府県が将来の方向性や将来の病床数の必要量の推計などを行い、９～１０年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化、連携の協議等を進めていく、とされております。

今後も、ガイドラインの内容が分かり次第、調整会議でご報告していきたいと考えております。

次ページ以降には検討会の取りまとめの全文を付けておりますので、後ほどご覧いただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○田村座長：ありがとうございました。

報告事項（３）について、ご質問、ご意見等はございますか。

土谷先生、よろしくお願いします。

○土谷副会長：新たな地域医療構想がまた始まるということです。

現行の調整会議と何が違うかというところを、今ご説明いただきましたが、重なりますが、もう一度申しますと、目標年は２０４０年になっています。

今までは病床、入院の話が多かったと思うんですが、これからが、外来や在宅、介護まで広げて話し合うということになっています。

それから、「回復期」とは何だということを、ずっと議論していましたが、名称が「包括期」ということになります。

そして、名前が変わっただけではなくて、高齢者救急も含んで、このようなこととなります。

それから、「報告機能制度」についてです。これまでは、「病院機能報告」とか「外来機能報告」ということで、報告制度が始まっていますが、今回新たな報告制度が始まるということです。

「病床機能報告」と「病院機能報告」は似ていますが、「病床機能報告」では、報告の結果を見ても、よく分からないということだったです。

つまり、それぞれの病院はどんな病院なのかよく分からないということでしたは、今回は、病院ごとにどんな病院なのかを明らかにするというのが目的になっています。

それなら、「病床機能報告制度をやめればいいのか」と思うんですが、それは、現行どおり続けていくということです。

あと、これは入っていませんでしたが、「協議の場」についてです。

我々がこうして集まっているのは、まさに協議の場で、今後も調整会議は「協議の場」になっていくということですが、触れる内容が非常に多くなっていますので、それらを年2回の調整会議だけでは、議論が深まらないと思われます。

この協議の場は今後も継続されますが、テーマを絞って議論を深めていきたいので、そういう会議になったらいいかと考えております。

○田村座長：ありがとうございました。

この点についてご意見、ご質問等はございませんか。

特になければ、次の議事に進みたいと思っております。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について（協議）

○田村座長：議事の1つ目は、「紹介受診重点医療機関について」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料４－１を共有させていただきます。

制度の概要については、１ページ目に記載のとおりです。外来機能の明確化、連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、紹介患者への外来を基本とする医療機関を明確化するというものです。

各医療機関が外来医療の実施状況や紹介受診重点医療機関となる意向の有無などを、外来機能報告で都道府県に報告し、都では調整会議で毎年度協議を行い、協議が整った医療機関を公表しております。

今回の協議の目的は、令和６年度の外来機能報告に基づき、２点あります。

１点目は、紹介受診重点医療機関とする医療機関について協議するもの。

２点目は、現に紹介受診重点医療機関であるが、令和６年度報告で基準等を満たさない医療機関の取扱いについて協議するものです。

なお、７年度の紹介受診重点医療機関については、調整会議における協議を踏まえて、４月１日の公表を予定しております。

次に、協議の方針について説明をいたします。

まず、紹介受診重点医療機関となる意向がある医療機関に対しては、前回までと同様の方針としたいと思っております。こちらの資料の上段に記載のとおり、①国が示す基準を両方満たす場合と、②国が示す基準のいずれか一方を満たし、かつ、国が示す水準を両方満たす場合に認めるというものです。

この２点を満たしているものをこの下の表において赤枠で囲っており、この赤枠内の医療機関を紹介受診重点医療機関とすることを考えております。

次に、現に紹介受診重点医療機関で、令和６年度報告で基準等を満たさない医療機関の取扱いですが、前回協議した方針を踏まえ、ア及びイに記載のとおりとしたいと思っております。

アについては、現に紹介受診重点医療機関で引き続き意向がある場合、今回基準等を満たしていなくても数値を著しく下回っていなければ、引き続き、紹介受診重点医療機関とすることを考えております。

下の表にパターンをまとめておりますが、Ａ病院のパターンとなります。

続いて、イについては、現に紹介受診重点医療機関であれば、令和５年度報告と６年度報告の２年連続で基準等を満たさない場合、令和７年度は紹介受診重点

医療機関としないこととしたいと考えております。こちらは、下の表のC病院のパターンとなります。

なお、今回、イに該当する医療機関は、この南多摩圏域ではありませんでした。

これらの方針に基づき、資料4－2で、南多摩の個別の医療機関の状況をまとめております。こちらは、表の赤枠内の医療機関は基準等を満たすため、紹介受診重点医療機関とすることと考えております。

次に、㊦の医療機関のうち、八王子脊椎外科クリニックについては、6年度報告では、最新の基準を満たしておりませんが、先ほどの資料4－1の4ページのアの方針に従って、引き続き来年度も紹介受診重点医療機関としたいと考えております。

最後に1点補足ですが、前回の外来機能報告の紹介率、逆紹介率の報告対象期間は、令和4年7月から令和5年3月までの9か月間のデータでしたが、今回の令和6年度の報告では、令和5年4月から令和6年3月までの通年のデータとなっております。

以上の内容でご協議のほどよろしくお願いいたします。

説明は以上でございます。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、早速、協議に移りたいと思っております。

ただいま説明のありました協議の方針及び個別の医療機関の状況を踏まえて、本圏域において紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

それでは、資料5－2の表の中で赤枠で囲まれた①②㊦の医療機関を紹介受診重点医療機関とするということよろしいでしょうか。

特にご異論がなければ、このまま進めたいと思っております。

〔全員賛成で承認〕

東京都のほうから、今の意見交換を含めまして何かご発言がございますでしょうか。

○岩井部長：ただいまのご協議を踏まえまして、①②㊦の医療機関を紹介受診重

点医療機関として公表に向けて準備を進めてまいりたいと思っております。ありがとうございました。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、次の議事に移りたいと思っております。

（２）２０２５年に向けた対応方針について（協議）

○田村座長：議事の２つ目は、２０２５年に向けた対応方針についてです。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：資料５－１をご覧ください。資料を共有させていただきます。

本件は、協議事項となります。国の通知に基づき、各医療機関から、２０２５年における役割や機能ごとの病床数などを対応方針としてご提出いただき、それぞれの圏域において確認し、合意を図るというものです。

今回は、前回の調整会議以降に新たに対応方針の提出があったものや、これまでご提出いただいた対応方針の内容を変更したものについて、確認と合意を行っていただきたいと考えております。

協議の方向性ですが、令和４年度第１回の本調整会議において、病床の機能分化を目指す方向に進捗していることや、高齢人口の増加は今後加速し、医療需要が増大する２０４０年以降に向けた検討が重要であることなどを理由に、２０２５年に向けては、原則として各医療機関の対応方針を尊重し、圏域における対応方針として合意することについてご了承をいただいております。

具体的には、資料５－２－１で病院について、次の資料５－２－２で診療所についてまとめており、新規の医療機関は、医療機関名を水色、内容に変更のある医療機関は黄緑色で色付けしてお示ししており、併せて備考欄にも新規・変更と記載しております。

また、変更のあった医療機関は備考欄に変更点を補記しております。前回までと同様に、圏域として合意できればと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

します。

また、参考資料２－１と２－２で、例年どおり、病床機能報告の結果について、機能別病床数の状況や病床利用率、平均在院日数等を都全体と圏域別に取りまとめているので、こちらも後ほどご覧いただければと思っております。

説明は以上となります。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、２０２５年に向けた対応方針について、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。

この件につきましては、各医療機関の対応方針について調整会議で確認及び合意を図ることとされていますので、当圏域としては、前回までの取扱いと同様に、各医療機関の対応方針を圏域としての２０２５年に向けた方針として合意するという進めさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

特に異論がなければ、そのように進めたいと思います。

〔全員賛成で承認〕

それでは、次の議事に進みたいと思っております。

（３）地域連携の推進に向けて（意見交換）

○田村座長：議事の３つ目です。「地域連携の推進に向けて」です。東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料６－１を共有させていただきます。

こちらの資料では、地域連携の推進に向けて、２点ご説明をいたします。

１点目は、現行の地域医療構想に関する推進区域対応方針案について、２点目は構想区域の地区診断をもとにした意見交換です。

まず１点目についてご説明いたします。

こちらの資料は、第１回の調整会議の際にもお示ししております。今年度、来

年度の調整会議において、各地域の現状把握、課題の確認等を行いながら、新たな地域医療構想策定に向けて、2040年を見据えた対応について議論をさせていただき、新たな地域医療構想の策定に向け、準備を進めていきたいと考えております。

次に、推進区域の区域対応方針案についてです。

こちらは概要にあるとおり、国は現行の地域医療構想について、2025年に向けて取組みを進めるため、各都道府県で推進区域を設定し、区域対応方針を策定するよう通知をしております。

前回の調整会議でもご説明しましたが、都は、全13構想区域を推進区域とすることを国に報告しており、参考資料3のとおり、その内容で国が推進区域を設定しました。

推進区域については区域対応方針を策定することとされ、概要の2つ目にあるとおり、国の様式例では、推進区域のグランドデザイン、課題、具体的な対応方針や取組みなどを記載することとされており、これらに基づき、都の区域対応方針案を作成いたしました。

なお、都では、現在、地域医療構想の実現について都全体で取組みを推進しており、また、疾病事業ごとの医療提供体制についても、各疾病事業の特性や医療資源の分布の状況などに応じて、区市町村単位から都全域まで事業推進区域を柔軟に設定、運用しております。

こうしたことから、区域対応方針案については圏域ごとのものではなく、都全体で1つの方針を策定して、取組を進めていきたいと考えております。

それでは、区域対応方針案のポイントを下の部分でご説明させていただきます。

まず、グランドデザインとしては、平成28年7月策定の現行の地域医療構想で、既に「東京の2025年の医療～グランドデザイン～」として、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を描き、その実現に向けた4つの基本目標を掲げ、取組みを推進してきました。

その後、地域医療構想を保健医療計画に一体化させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を計画の基本理念とし、地域医療構想の実現に向けて、疾病、事業ごとの取組みを推進しております。

こうしたことから、残り1年と迫った2025年に向けては、現在の地域医療

構想のグランドデザインを継続していきたいと考えております。

続いて、課題としては、2025年に向けては、高齢化の進展の中で切れ目のない質の高い医療を効率的に提供するため、医療機関等における地域や地域を越えた連携の一層の促進が必要と考えております。

また、新たな地域医療構想でターゲットとされる2040年を見据えると、医療と介護の複合ニーズを抱える85歳以上の高齢者が増加する一方、生産年齢人口の減少により医療従事者確保の制約が指摘されており、今後、医療だけでなく、介護、区市町村等の関係者間で一層連携が深まるよう、議論が必要と考えております。

この課題を踏まえた今後の対応方針等ですが、2025年に向けた対応としては、医療機関等における地域や地域を越えた連携のより一層の促進を図ることを対応方針としたいと考えております。

この方針に基づく取組みとしては、様々なデータを活用し、地域の医療提供体制の現状把握、課題確認を行い、連携促進に向けた取組みなどの検討、また、入院医療と在宅医療関係者との相互理解が深まるよう、調整会議と在宅療養ワーキンググループ間で情報共有等の連携の実施とすることを考えております。

これらの取組みの到達目標としては、まず、国通知で目標とするよう示されております2025年に向けた各医療機関の対応方針の策定率を都全体で100%とすることを旨とするほか、地域の医療機関等における連携強化、病院・診療所と地域の多職種間の相互理解と連携強化を図ることとしたいと考えております。

また、2040年を見据えた対応も記載したいと考えており、対応方針としては、医療だけでなく、介護、区市町村等関係者間の連携が一層深まるよう議論を進めること。取組みとしては、新たな地域医療構想に関する検討で挙げられた医療機関に関する事項等について必要な議論を進めることとし、到達目標としては、議論の推進とともに、新たな構想確定に向けた必要な協議の場の準備を進めることとしたいと考えております。

簡単ではございますが、以上が区域対応方針案の概要でございます。

なお、実際の文案につきまして資料6-2としてお付けをしておりますが、先ほどの内容について、1ページ目でグランドデザインと課題、3ページで対応方針、4ページに取組みと到達目標を文章で記載しております。

皆様からのご意見を踏まえながら最終的に都で策定したいと考えておりますので、ご意見のほどよろしく願いいたします。

説明は以上となります。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、推進区域の区域対応方針（案）について、何かご意見のある方はいらっしゃるでしょうか。

私から1点よろしいですか。

この（案）の最後に「新たな構想策定に向けた必要な協議の場を準備する」とありますが、これは、今までの調整会議やワーキンググループなどに加えて、新たな協議の場を考えていらっしゃるんですか。

○立澤課長：先ほどの資料3の「新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要」ご覧いただきたいと思います。

この資料の一番下の左側に、「構想区域・協議の場」についての記載がございます。

必要に応じて、広域な観点や、あるいは在宅医療等のより狭い区域など、議論の内容によって区域を分けて協議をしていくことが必要ではないかということ、国のほうでもとりまとめられております。

これまで、調整会議といたしましては、二次医療圏単位で開催しておりましたが、今後は都全体で議論すべき内容から、介護などの議論の場合は、市区町村の皆様にもご参加いただき、議論していくことが必要だろうと考えておまして、その会議の場をどうするかということの検討を進めている状況でございます。

今の調整会議とワーキンググループのほうを具体的にどうするかということろまでは至っておりませんが、今後また皆様とご相談させていただきたいと思っております。

○田村座長：ありがとうございました。

私も、在宅をやっている診療所の一員ですが、地域では、医師会単位で顔の見える関係をつくるという目的も兼ねて、さまざまな形で、連携、協議の場を設けて

いて、そういったところから、散発的ではありますが、いろいろな意見や問題意識などが出てきています。

そういうのは東京都の公式の協議の場ではありませんが、そういったところこそ、いろいろな本音が出てきていますので、そういったものをうまく吸い上げていくという仕組みがあったほうが、議論が薄まってしまうような傾向を避けることができるかなと思っています。

既に現場では非常に多角的な問題意識を持っておりますので、そういったものをどうやって拾い上げていくかということも、工夫していただければと思っています。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、引き続き、東京都からまたご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、先ほどの資料6－1をご覧ください。共有をさせていただきます。

次の3ページ目からご説明をさせていただきます。今回の意見交換についての説明です。

先ほども説明しましたが、今後の調整会議では、2040年を見据え、各地域の現状把握、課題の確認等を行い、新たな地域医療構想策定に向けた準備を進めていきたいと考えております。そのため、様々なデータを活用し、各区域の地区診断を行い、地域連携のより一層の推進に取り組みたいと考えており、意見交換をお願いできればと思っています。

今回の意見交換に当たり、参考資料を2点ご用意しております。

1点目は、下段の①に記載の、地区診断のための関連データとして、DPC導入の影響評価に係る調査である退院患者調査に基づくデータを、参考資料5としてまとめております。

2点目は、下段の②に記載の事前アンケートで、都内病院に地域の連携等に関するアンケートを実施し、圏域ごとの結果を資料6－3でまとめております。それぞれの資料について簡単にご説明をさせていただきます。

まず、参考資料5をご覧ください。

こちらは、昨年10月10日の国の研修会において、これまで長く地域医療構

想に係るデータを示されてきた産業医科大の松田教授から地区診断についての講義があり、今回はそちらをもとにデータをまとめております。

松田先生の講義の中では、地区診断の視点として、少子高齢化の進行によって、地域の医療・介護ニーズの変化が地域によって異なる形で生じていること、また、2040年までには特に複合ニーズを持った高齢患者が増加すること、さらに、高齢化が進む地域社会においては急性期医療は相変わらず重要であり続けるが、典型的な急性期の症例は減る一方で、慢性期から繰り返し発生する急性期イベント、肺炎、骨折、心不全、尿路感染症、再発脳梗塞など、こちらへの対応が必要であると示されました。

その上で、SCR、DPCデータ、病床機能報告を用いて、構想区域ごとに地域の医療資源の提供状況を分析することについて講義がされました。

そのうちDPCデータについては、DPC対象病院等の退院患者について、MDC別患者構成等を集計した退院患者調査による分析が示されており、今回このデータに着目し、オープンデータから構想区域別のデータを作成しました。

今回のデータでは、急性期入院医療に関する各医療機関の機能の状況の把握、慢性期から繰り返し発生する急性期イベントの例として、高齢者に多い疾患の各医療機関の受入れ状況の把握ができるよう、取りまとめております。

まず、DPC導入病院の入院患者のうち救急車で搬送された患者数について、多い順に並べた資料です。

こちらは、400床以上の大学病院の3病院、東海大学八王子病院、東京医科大学八王子医療センター、日本医科大学多摩永山病院や、町田市民病院のほか、200床前後の民間病院、清智会記念病院、南町田病院、南多摩病院も、千件以上対応しております。

なお、MDCの01から18までで色分けをしております。

次のページは、同じデータについてMDC別患者割合を示した資料です。前のページと見比べていただくと、

一定の件数を受け入れている病院は、割合は若干異なりますが、MDCの幅広い疾患に対応しているように思われます。

続いて、入院患者のうち「手術あり」の患者数について、多い順に並べた資料です。最も多いのが、東京医科大八王子医療センターと東海大学八王子病院で、

町田市民病院と日本医科大学多摩永山病院、都立多摩南部地域病院が続いております。

次のページは、同じデータのMDC別患者割合を示した資料です。こちらも前のページと見比べていただくと、例えば、年間1000件程度の南町田以上の病院は、MDCの幅広い疾患の手術を実施している一方で、件数の少ない病院では一部の疾患の手術を集中して実施している状況が分かります。

ここからは、松田先生が講義で示された慢性期から繰り返し発生する急性期の高齢者に多い疾患に関するデータをまとめております。

まず、MDCの01、神経系疾患のうち、脳梗塞の入院患者数の多い順にお示ししております。最も多いのは北原国際病院で、年間504人、次に東海大学八王子病院で、年間295人、次いで日本医科大学多摩永山病院で、年間257人です。

次に、MDCの04、呼吸器系疾患のうち、誤嚥性肺炎、肺炎等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。

最も多いのは南町田病院で、年間311人、次に東海大学八王子病院で、年間262人、次いで清智記念病院で、年間196人です。

続いて、MDCの05、循環器系疾患のうち、狭心症、慢性虚血性心疾患、心不全の入院患者数の合計の多い順にお示しをしております。最も多いのはみなみ野循環器病院で、年間689人、次に東海大学八王子病院で、年間617人、次いで東京医科大学が八王子医療センターで、年間587人です。

続いて、MDCの11、腎尿路系疾患等のうち、腎臓または尿路の感染症、慢性腎不全等の入院患者数の合計の多い順にお示ししております。最も多いのは東京医科大学で八王子医療センターで、年間491人、次に東海大学八王子病院で、年間315人、次いで日本医科大学多摩永山病院で、年間193人です。

最後に、MDCの16、外傷等のうち、股関節大腿骨近位の骨折の入院患者数の多い順にお示ししております。最も多いのは南多摩病院で、年間134人、次に東海大学八王子病院で、年間88人、次いで日野市立病院で、年間81人でした。

今後、高齢者の増加により、これらの疾患を抱えた高齢患者の入院数が増えることも想定され、地域で対応可能か、対応するためには何が必要かなど、意見交

換をいただければありがたいと思っております。

また、ご参加の先生方におかれましては、連携先の病院もあろうかと思しますので、可能でしたら、現在の連携で十分か、あるいは新たな連携先を考える必要があるかなど、地域での連携をより円滑にする観点でご意見をいただいても結構です。

一度、先ほどの資料6－1に戻らせていただきます。

続いてお示しするのは、②の各病院の事前アンケートをまとめた資料です。資料6－3をご覧ください。

今回、都全体では約220病院からご回答をいただいております、南多摩では全体57病院のうち6割弱に当たる32病院からご回答をいただいております。

左下に、許可病床の規模別に3つに分類をしております。1ページから3ページについては、病床機能別の稼働率を許可病床の規模別でまとめております。

主な点をご説明しますと、急性期1から3については、概ね70%以上の稼働率の回答である一方で、4から6については、200床未満と400床以上で60%未満の稼働率の回答がございました。

地域一般、地域包括医療、地ケア病床については、概ね稼働率80%以上の回答でございました。

回りハ、療養病床、介護医療院、その他については、回りハ5の400床以上で70%未満の稼働率の回答もございましたが、それ以外は、概ね80%以上の稼働率の回答でございました。

4ページには、救急車受入れ台数と、転院上りと下りの入退院患者数の合計を規模別でまとめております。

5ページから9ページまでは、連携等に関する影響について5段階評価でお答えいただいた結果をまとめております。

幾つか特徴的な結果をご紹介しますと、まず、左側の緊急搬送・予定転院について、上段の平日・日中の緊急搬送ですが、200床以上400床未満の病院は、都全体が3.40に対して2.78と低く、中規模の病院では円滑になされていないと認識していると考えられます。

次に、休日・夜間の緊急搬送ですが、200床未満の病院は、都全体が2.69に対して3.07である一方、200床以上400床未満の病院は、都全体2.

76に対して2.44、400床以上の病院は、都全体3.03に対して2.86と低く、200床以上の病院では、円滑でないと認識していると考えられます。

5ページの右側、早期転院受入れにあたり、上段の診療科を限定することについては、都全体3.31に対して3.63と高く、中でも、200床未満の病院は、都全体3.21に対して3.64、400床以上の病院は、都全体3.36に対して3.86と高く、これらの病院では、診療科を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

次に、中段の患者の重症度を限定することについては、200床未満の病院は、都全体3.42に対して3.85、400床以上の病院は、都全体3.26に対して3.57と高く、これらの病院では、患者の重症度を限定すれば受入れが進むと考えている傾向でした。

6ページ左側の、積極的な受入れにあたっての自院の課題についてですが、上段の、医師を潤沢にすることについては、200床以上400床未満の病院は、都全体3.76に対して3.33である一方、200床未満の病院は、都全体3.57に対して3.85、400床以上の病院は、都全体3.72に対して4.29と高く、これらの病院では、医師の数の増員が重要と考えている傾向でした。

次に、中段の医師以外の職員を潤沢にすることについては、200床以上400床未満の病院は、都全体3.68に対して3.22である一方、400床以上の病院は、都全体3.31に対して3.71と高く、規模の大きい病院では、医師以外の職員の数の増員が重要と考えている傾向でした。

続いて、下段の、ベッドコントロールを改善することについては、200床未満の病院は、都全体3.08に対して2.85、200床以上400床未満の病院は、都全体3.29に対して2.67と低い一方で、200床未満の病院は、都全体3.46に対して4.00と高く、規模の大きい病院では、ベッドコントロールの改善が重要と考えている傾向でした。

6ページの右側は、早期転院にあたり、上段が患者側、中段が患者家族の必要性について、400床以上の病院で、患者の理解が4.29、患者家族の理解が4.43と高く、どちらも規模の大きい病院で特に重要と捉えていると思われます。

続いて、7ページは、下り転院の問題について、左側が急性期病院、右側が

回復期、慢性期病院の回答となっております。

中段の複数疾患を抱えた患者の転院に際して、200床未満の病院は、都全体3.72に対して4.00、200床以上400床未満の病院は、都全体4.05に対して4.43と高く、400床未満の病院では、複数疾患を抱えた患者の転院が困難と認識していると思われます。

次に、右側の中段、複数疾患を抱えた患者の受入れについて、都全体3.28に対して3.00であり、中でも、200床以上400床未満の病院は、都全体3.04に対して2.67、400床以上の病院は、都全体3.12に対して2.60と低く、200床以上の病院では、複数疾患を抱えた患者の転院をお断わりしたことは少ない傾向でした。

8ページ左側が、地域医療構想策定当初と比較した連携の進捗度についてお尋ねしております。400床以上の病院は、都全体3.52に対して4.00と、連携が進んだと認識している一方、200床以上400床未満の病院は、都全体3.10に対して2.63と、連携が進んでいないという傾向でした。

8ページ右側以降は、自由記載の回答をまとめております。

まず、連携等に関する影響に対する自院や地域の取組みですが、例えば、身寄りのないケースでは、先方に出向いて入院相談や多職種Webカンファレンスを実施。

紹介元医療機関と当院でオンライン会議を行い依頼を受ける、Webを利用した転院システム。

地域の医療機関、施設、居宅事業所とスムーズな連携のため、定期的な訪問等でコミュニケーションを継続。

このようなお答えをいただいております。

9ページ左側は、自院や地域として対応していくべき取組みの考え等の回答ですが、地域の医療機関、施設等と連携していくことは、地域づくりの側面もあると思う。

医療を通じてどのような地域にしていきたいのか、何をしていくのかを、地域に発信することが必要だと思われる。その上で、医療機関や施設だけではなく。自治会や地区社協を巻き込んだネットワークづくりを行っていきたい。

ACPの普及。

都内だけではなく、近隣県との機能分化推進。

下り搬送の受入れ側として、「病状が落ち着いたので」と依頼が来るも、その状態に「送る側」「受入れ側」で認識のギャップがあり、依頼が発生しないケースが生じてしまうこと。

このような回答がありました。

最後、右側には全般的なご意見を記載しておりますが、転院調整など、システムの発展の一方、複数存在し煩雑で、統一化が望ましい。

下り搬送の場合、提供できる医療のレベルが違うからを、十分に患者側に理解していただけていないと、転院後に、「聞いていた話と違う」といったトラブル案件になってしまい、患者側にとっても受け入れた病院にとっても、いい選択にならない場合がある。急変時体制についても差があるため、受入れ病院としては、急変時の意向確認は、リンク管理の上で重要項目となっている。

上り転送の受入れ相談を短時間で行えるような、地域の共有、協働システムが欲しい。

このようなご意見をいただいております。

以上がアンケートの結果のまとめでございます。

また資料6-1に戻りますが、参考資料は以上のとおりでして、これらのデータを踏まえて、高齢患者の受入れについての現状や課題、今後の取組みに関して意見交換をお願いいたします。

また、調整会議では各地域で引き続きこの地区診断を進めていきたいと考えており、もし「こういったデータがあれば話し合いが進む」といったご提案があれば、併せて頂戴できますと幸いです。

長くなりましたが、説明は以上となります。

○田村座長：ありがとうございました。

それでは、意見交換の時間ですが、切り口はたくさんあるかと思っております。

この議論の中で何か結論を導き出すのはまず無理だと思いますが、日々の中のいろいろな問題点、こういう問題点が多く共有されていて、例えば、「こんな解決策が模索されている」とかいったものが見えるだけでも、議論としては有意義であると思います。

いろいろな論点がありますが、まず、出席している先生方の間で「これについては思うところがある」とかいうのがありましたらお話しいただければありがたいなと思います。

では、田中先生、お願いします。

○田中（副座長、東京都病院協会、陵北病院院長）：今後の地域医療構想の在り方で、こういうのがあればいいなという点で幾つかあるんですが、1つは、急性期から後方に移るときの、後方患者さんの受入れ能力みたいなのはとても大事だと思うんです。急性期を回すためには後方が受け取らなければいけませんので。

それを考えるときに、介護医療院とか老人保健施設は医療法上でも医療提供施設でもありますし、二万数千あると思うんですが、そういった数も地域医療構想の中に含めたほうがいいのではないかと思います。

あと、在宅医療を担っているクリニックが幾つあって、キャパはそれぞれだと思うんですが、どういった疾患はどの程度キャパがあるかということも含めておいて、それで全体を眺めるということも、大事なことはないかなという意見です。

○田村座長： ありがとうございます。

急性期からの受入れをする施設、介護医療院等も含めて、そちらを見たほうがいいということと、あと在宅も大事な受け皿だと思っておりますので、そこもどういったところがどれだけのキャパを持ってどれだけの能力を持っているかということも、情報として共有されるのがいい、というふうなご意見だったと思います。

この点に関していかがでしょうか。

では、私は在宅もやっている立場ですが、今の在宅についての情報の共有、これは全く私は同感です。

最近は南多摩地区でも訪問診療に力を入れている、組織力、機動力を持った施設が増えてきておりますし、昔ながらの、往診かばんを持っていくということ以上に、在宅での診断機器を持ったり、あるいは治療、例えば、腹水穿刺にしても輸血にしても、そういったことを積極的にやる能力を持ったところも出てきております。

そういった情報があると、在宅に帰りたいという方を適切にご案内できるのではないかという気持ちがあります。

その辺の情報共有が、広い形で、みんなに情報共有されるような形で、もうちょっと工夫する余地があるのではないかと私は思っております。

早速、私の意見を言ってしまいましたが、いかがでしょうか、いかがでしょうか。

それと、意見が出ないときには順番にご意見を伺うというのが会議の一つの方法ですが、それをやる前に、実は南多摩地区は、「南多摩」と1つにまとめても、その中で八王子地区と町田地区、それから日野地区、多摩稲城地区と大きく分かれていて、この資料を見ても、人口の多い八王子の病院が上位に来ている。

これは病院の特徴というよりも、その地域の人口割合の特徴と言えるのではないかと思っております。

そういったことも踏まえて、それぞれの地域によって連携の仕方も違いますし、進んでいるところ、これからのところもあるかと思うんです。

そういったことを含めて、「自分のところでは」という観点でも結構ですので、今提示された2つの問題点、あるいはそれ以外のことでも、ご意見をいただければありがたいと思います。

順番に指名するというよりも、自主的に何かご発言いただけるととてもありがたいと思っております。

桂川先生、よろしくお願いします。

○桂川（多摩南部地域病院 院長）：こういう地域医療構想の議論で、主には「病病」もしくは「病診」連携ということですが、常々思っているのは、この一番の中核になるのは、やっぱり“かかりつけ医”、ホームドクター、中にはケアマネさんだと思っているんですが、

この“かかりつけ医”というのは、コロナ禍のときに、突然、熱が出たら“かかりつけ医”に「診てください」というのが発令されて、実際、話を聞くと、“かかりつけ医”がないという住民がほとんどだということを聞いたことがあるんです。

この南多摩医療圏で“かかりつけ医”ということで、住民の皆さんがどれぐらい“かかりつけ医”を持っていच्छやるのかなというのが一つありました。

“かかりつけ医”がないといろいろな連携も、いわゆるキーポイント、中心になる部署がないので、こういう連携をする上で、“かかりつけ医”をつくるのが大事なのかなと常々思っているところですが、その辺がいかがなのかなと思ひまして、質問と意見ということで出させていただきました。

○田村座長：ありがとうございました。

“かかりつけ医”がどのくらい住民の中で信用されているか、浸透しているかということだと思いますが、そういったご指摘がありました。

この点については、“かかりつけ医”を持っているところの先生方に、ご意見を聞いてみたいと思うんですが、稲城市医師会の関根先生、ご意見をいただけるとありがたいですが。

○関根（稲城市医師会 会長）：“かかりつけ医”ですが、実際、把握は難しいと思うんです。いかに浸透していくかというのが重要かなと、個人的には考えていますが、なかなか難しい問題かなというのは正直あります。

○田村座長：八王子の鳥羽先生、お願いします。

○鳥羽（八王子市医師会 会長）：“かかりつけ医”を決めるのは患者さんサイドなので、僕らのほうは、逆に、どのぐらいの方が“かかりつけ医”を持たれているかというデータは、持ちようがないというのが実情です。

ただ、医療機関側で、僕らも自分は一応“かかりつけ医”として地元でやっているという意識を持っている先生方は、各病院の地域連携の会に出て、そこで、どこの病院がどういうところに力を持っているかを学ぶ場に出ていくようにはしていると思います。

あとは、在宅の先生方は在宅の先生方でまた違うところがあるのかなとは思っております。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

“かかりつけ医”といっても、どこまでの仕事ができるのか。医者側の側でも、「こ

こまではできるが、ここまでは無理だ」という一つの境界があると思いますし、
“かかりつけ医”を持っている患者さんの側からしても、「これは“かかりつけ医”
に相談してもしようがない、やっぱり救急車だろう」とかいう形で、“かかりつけ
医”を持っているという意識がある患者さんは、“かかりつけ医”をまず全ての健
康上の問題について最初に相談する相手というほどの期待を持っているわけでは
ないと思っています。

部分的であっても、「何か、どうしても困ったらちょっと相談してみようか」と
いうふうな意味であれば“かかりつけ医”とは言えると思うんですが、その辺が、
今、地域で“かかりつけ医”を担っている先生方も、得意・不得意、専門分野が
ありますし、“かかりつけ医”があればいろいろなものがうまくいくというわけ
でもないということがあるかと思うんです。

桂川先生、それでも、「こういうケースは“かかりつけ医”があればもっとスム
ーズに行ったのに」というふうな実感をお持ちのところがありましたら、ちょっ
と披露していただけるとありがたいんですが。

○桂川（多摩南部地域病院 院長）：特別に困ったとかいうことではなくて、コロ
ナ以降のそういう話が出て、実際、余り世の中、持っていないなというのを感じた
のと。

確かにいろいろな点で、いきなり救急車を呼ぶよりは、まず相談できるのかな
と思ったり。

あと、たまたま見た海外の話で、イギリスなどはまずホームドクターがいて、
そこからいろいろなところに分かれるそうです。

もちろん海外の医療制度なので参考にはならないんですが、そういうのを少し
見たもので、いかがなものかと思って質問させていただきました。

○田村座長：「“かかりつけ医”がもっとかかりつけらしく活躍してほしい」とい
うのが、制度的にもいろいろあるかと思うんです。

例えば、時間外のオンコールの制度がありますし、特に私もそういったことで
患者さんの電話を受けることがあるんですが、初めてのお子さんが真夜中に熱が
7度まで上がった。「本人は元気だけれども、心配だから救急車を呼んだほうがいい

いんだろうか」というような相談を受けることがあるんです。

これは子育ての経験のある方だったら、医者じゃなくても、「いや、そこまでしなくても」と思うんでしょうが、実際に相談する人がいなくて救急車を呼んだり、病院の夜間救急に押しかけたりということで、現場は非常に、余分なと言ってはあれですが、仕事を増やしているケースがあって、そこで一言、そういったときに電話が通じて、「あ、それは、元気だったら朝まで待ってもいいと思いますよ」と一言言ってあげれば、大分違うと思うんです。

でも、そこまでやっている、夜間の電話対応をしている“かかりつけ医”というのは、内科の開業医でもそんなに多くはないと思いますが、それを全ての開業医に、そこまで全部やりなさいというのも難しいと思います。

期待できる部分と限界がある部分があるんじゃないかなと思ったりしております。

では、土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：東京都医師会の土谷です。

“かかりつけ医”については私もコメントしたいと思います。

先ほど「かかりつけ医機能報告制度が始まります」と言いましたが、来年度、実際に始まるのはちょうど1年後ぐらいだと思いますが、かかりつけ医機能報告制度が始まります。

田村座長もおっしゃったように、このクリニックは何をやっているのか、診療所は何なんだというのが、患者さんが受診するときどこを“かかりつけ医”にしているのか分からないというのはよくある話なので、それを明らかにして、“かかりつけ医”を持ってもらう制度にしたいというのが狙いになっております。

それで実際に“かかりつけ医”は今後非常に重要になると思っております。なぜかという、今後、東京の医療がどうなるのかというのを皆さんにちょっと考えていただきたいんです。

東京じゃないところはどうかというと、そっちから話しますと、人口が減っているんです。患者さんも減っているし、医療機関も減っていつているから、それはまた違う問題ですが、東京の場合は、高齢者が増えます。みんな年を取っていきますので、問題になるのは、高齢者救急というところが大きな課題になってき

ます。

高齢者が熱を出して入院できるか、救急車を呼んですぐ来るか、もうそういうことを考えていただきたいんですが、コロナのときのようになる可能性があると思っています。

それが5年後なのか15年後なのか、2040年なのか分かりませんが、そういう事態が容易に想像できます。そうなったときの“かかりつけ医”の役割は何だということで、そこが非常に大事なんです。

“かかりつけ医”があることで、先ほど田村座長もおっしゃっていましたが、こういったときはどうするのか、悪くなるのが高齢者は想定されております。誤嚥性肺炎になった人は亡くなるでしょうし、転びやすい人は転んで骨折するでしょうし、そのときにどうするというアドバイスを、日頃の“かかりつけ医”にしてもらう。これ以上に心強いことはありません。

それから、究極的には、いわゆる延命治療をどうするのか、ACPですね、そういうのも、お忙しい外来の中ではありますが、特にご高齢の方の場合に、あるいは、在宅でADLが下がっているような人に、「最後の治療はどうしますか、どこまで治療しますか」と。

そういうことで、例えば救急の病院での現場で、救急で運ばれて、そこから「ACPを始めますか」と言われても、家族もできません。ですので、そういった点で、高齢者救急を見据えたときの“かかりつけ医”の役割は非常に重要だと思いますので、来年以降、かかりつけ医機能報告制度が始まりますので、ぜひ推進していただきたいと思いますと考えております。

○田村座長：ありがとうございます。

では、佐々木先生、お願いします。

○佐々木理事：東京都医師会理事の、地域医療担当の佐々木でございます。

今、土谷副会長からご説明がありましたとおり、かかりつけ医機能報告制度がこれから始まるんですが、先ほども鳥羽先生からお話があったように、“かかりつけ医”というのはあくまで患者さんが選ぶもので、それに対する適切な情報提供が目的になっております。

これから詳しい報告事項については出てきてますが、一号機能、二号機能、その他の機能というように決められていて、病院、診療所、無床診療所を含む医療機関が報告するという事になっております。

それから、先ほど欧州の医療制度についての話がありましたが、日本医師会で欧州医療機能調査団というのがありまして、イギリス、ドイツ、フランスで、コロナにおいてどのような活動をしたのかということが詳しく報告されております。日本医師会のホームページを見ると書かれております。

そこで報告されていることは、コロナ禍において実はイギリスのG Pは機能しなかったということが報告されています。

ご存じのように、財務省は“かかりつけ医”制度を進めていこうという話がありますが、イギリス型のG Pというのはうまく機能しなかったということが、そこでご報告されておりますので、ぜひともご覧いただければと思っております。よろしくお願いします。

○田村座長：ありがとうございました。

“かかりつけ医”をどうするか。これは実は次の医療構想の中でも大きな柱になることだと思います。問題意識があるのでこの場で出てきてしまいましたが、きょうの地域医療構想会議の中では、それはそれとして、病院から見た病診連携という部分について、実際にそこを中心に議論できる、もしかしたら最後のチャンスだと思っております。

前はいろいろな意見が出てきておりますが、この場で、また違う話題でも結構ですが、出していただけるとありがたいと思っております。いかがでしょう。

では、急性期病院で野川先生、何かコメントがありましたらいただけないでしょうか。

○野川（東海大学医学部附属八王子病院 病院長）：様々な議論が出ている中で、“かかりつけ医”の問題は非常に我々も注視しております。

と申しますのは、八王子市の中では、八王子医師会を中心として「かかりつけ医を持とう運動」というのがあります。ですので、我々急性期病院と“かかりつけ医”と一緒に手を携えていくというのが、非常に重要なコンセプトだと考えて

おりますし、“かかりつけ医”の先生方にぜひお願いしたいのは、マルチモビリティをある程度カバーしていただきたいと思います。と思っています。

このスペシャリティというのが非常に重要な問題ではないかなと思っています。どのレベルでスペシャリティをしっかりとやっていくのかということがあります。

この問題は、下り搬送、上り搬送の場合も同じで、例えば下り搬送であっても、ある病院様が非常にこの疾患に対して長けているということがあった場合は、下り搬送が非常にスムーズに回ります。

例えば大腿骨の頸部骨折の方がいた場合に、その病院では頸部骨折の治療に非常に長けているといった場合は、当院が満床であっても下り搬送でうまくスムーズに受けていただくということがあります。

逆に、ある病院様で、単科では優れているけれども、マルチモビリティの高齢者で、腎不全を合併しているといった場合に、その病院で診ることは非常に困難であるといった場合に、上りで当院で受け入れさせていただくということもよくあります。

ですので、この“かかりつけ医”、あるいは救急の上り下り搬送に関しては、スペシャリティの問題を外して通れないのではないかとということで、その辺を明確にした上で議論を進めていただければ、我々としてはありがたいなと思っています。

○田村座長：ありがとうございました。

ほかにご意見はございますでしょうか。

きょうは“かかりつけ医”というキーワードを含めて活発な意見交換ができたと思っていますが、ほかにございますでしょうか。

それでは、時間も大分たってまいりましたので、活発なご議論をどうもありがとうございました。

それでは、最後に、調整会議は地域での情報を共有する場ですので、その他の事項でぜひ情報提供を行いたいということがありましたら、挙手をお願いいたします。

特にございませんか。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思っております。

4. 閉 会

○立澤課長：皆様、本日は様々な意見をいただきありがとうございました。引き続き、新しい地域医療構想に向けても、あるいは今の医療課題についてもいろいろなご意見を頂戴できればと思っておりますので、どうぞよろしくお願いします。

最後に事務連絡です。

本日、会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見、ご質問がある場合には、お手元に「東京都地域医療構想調整会議ご意見」と書かれた様式があるかと思っておりますので、メール等でも結構ですが、ご活用いただきまして、東京都医師会あてに、会議終了後1週間をめぐりご提出いただきますと大変幸いです。

それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。長時間にわたりご参加いただきましてありがとうございました。

(了)